

La Oficina de Relaciones Domésticas del Condado de Harris
Departamento de Servicios de la Corte de Familia
1310 Prairie, Suite 620, Houston, Texas 77002
Teléfono: (713)-755-5706 Fax: (713) 755-7150

NO DE CASO: _____

Por favor de escribir en letra de molde toda la información requerida y regresar a la dirección de arriba dentro de (5) cinco días. Si no hay espacio suficiente, por favor proporcione la información adicional en una hoja separada.

Información sobre Usted

Nombre (primero, segundo, apellido, apellido de soltera): _____
Dirección: _____ Ciudad _____
Zona Postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Ciudad/Estado donde usted nació: _____
Estatus migratorio y número de identificación: _____
Nivel más alto de educación (GED, escuela secundaria, colegio, universidad): _____
Nombre de la universidad si obtuvo un título: _____ SS#: _____
Servicio militar (*fechas, rama, tipo de descarga*): _____
Preferencia religiosa: _____ Asistencia, (*ninguno, de vez de cuando, cada semana*): _____

Historia Familiar

Padres:
Nombre de padre: _____ Lugar de residencia: _____ Fallecido: _____
Nombre de madre: _____ Lugar de residencia: _____ Fallecido: _____
Hermanos: Número de Hermanos: _____ Número de Hermanas: _____

Su Historial de Empleo

Empleador actual: _____ Título/ Posición: _____
Fecha de inicio: _____ Nombre de Supervisor: _____ Número de teléfono: _____
Último empleador: (*dar nombres de empresas, fechas de inicio/fin, y la razón por la terminación de los últimos 5 años*)

Nombre de Compania/ Empresa	Fecha de Comienzo/ Terminacion	Posicion	Razon de Terminacion
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Su Información de Salud

Estado de salud actual (*pobre, buena, excelente*) _____
Preocupaciones de salud/tratamientos previos significativos/ hospitalizaciones, (*fechas, lugares y razones*): _____
Pasado/presente tratamientos psicológicos/ asesoramiento, (*fechas, lugares y razones*): _____

Pasado/presente tratamientos de abuso de sustancia/ asesoramiento, (*fechas, lugares y razones*): _____

Medicamentos actuales: _____

Historia Matrimonial / Relación

1. Nombre del conyuge/pareja **ACTUAL** (primero, segundo, apellido, apellido de soltera): _____

Fecha de nacimiento: _____ Ciudad/Estado donde nacio: _____

Fecha y lugar de matrimonio: _____ Seguro Social #: _____

Si no está casado, ¿su paraje vive con usted? _____ Fechas de relación: _____

Niño (s):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

2. Nombre de la **primera persona** con quien se casó o pareja con quien tuvo hijo (s):

Niño (s):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Fecha y lugar de **matrimonio**: _____ Si es viudo (a), fecha de la muerte del cónyuge: _____

Fecha de divorcio: _____ Condado/Estado concedido: _____ No. de Caso: _____

Si una relación no matrimonial con niños, fecha de la relación: _____

Fecha de establecimiento de la paternidad: _____ Condado/Estado concedido: _____ No. de Caso: _____

Tutela (Términos de custodia): Conjunto _____ Único _____ Posesión (Visitación): Estándar _____

Modificado: _____

Manutención mensual: \$ _____ Son pagos actuales: _____ Balance de pagos atrasados (estimado): \$ _____

3. Nombre de la **segunda persona** con quien se casó o pareja con quien tuvo hijo (s):

Niño (s):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Fecha y lugar de **matrimonio**: _____ Si es viudo (a), fecha de la muerte del cónyuge: _____

Fecha de divorcio: _____ Condado/Estado concedido: _____ No. de Caso: _____

Si una relación no matrimonial con niños, fecha de la relación: _____

Fecha de establecimiento de la paternidad: _____ Condado/Estado concedido: _____ No. de Caso: _____

Tutela (Términos de custodia): Conjunto _____ Único _____ Posesión (Visitación): Estándar _____

Modificado: _____

Manutención mensual: \$ _____ Son pagos actuales: _____ Balance de pagos atrasados (estimado): \$ _____

4. Nombre de la **tercera persona** con quien se casó o pareja con quien tuvo hijo (s):

Niño (s):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Fecha y lugar de **matrimonio**: _____ Si es viudo (a), fecha de la muerte del cónyuge: _____

Fecha de divorcio: _____ Condado/Estado concedido: _____ No. de Caso: _____

Si una relación no matrimonial con niños, fecha de la relación: _____

Fecha de establecimiento de la paternidad: _____ Condado/Estado concedido: _____ No. de Caso: _____

Tutela (Términos de custodia): Conjunto _____ Único _____ Posesión (Visitación): Estándar _____
Modificado: _____
Manutención mensual: \$ _____ Son pagos actuales: _____ Balance de pagos atrasados
(estimado): \$ _____

Antecedentes Penales

Ninguno

Arresto o Cargo:	Número de Caso:	Fecha de Ofensa:	Resultado: (Libertad condicional, sentencia, etc.):
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historia de CPS (Departamento de Familia y de Servicios de Protección)

Ninguno

Denuncias:	Fecha de las denuncias:	Resultado: (i.e., valido, factor es controlado, etc.):
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información con Respecto a los Niños de esta Demanda y Todos los Niños que Viven En Su Hogar

1. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Escuela o Guardería: _____ Grado escolar actual: _____
Estado de salud actual (*pobre, bueno, excelente*) _____
Anteriores/actuales problemas de salud/hospitalizaciones, (*fechas, lugares y razones*) y medicamentos:

2. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Escuela o Guardería: _____ Grado escolar actual: _____
Estado de salud actual (*pobre, bueno, excelente*) _____
Anteriores/actuales problemas de salud/hospitalizaciones, (*fechas, lugares y razones*) y medicamentos:

3. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Escuela o Guardería: _____ Grado escolar actual: _____
Estado de salud actual (*pobre, bueno, excelente*) _____
Anteriores/actuales problemas de salud/hospitalizaciones, (*fechas, lugares y razones*) y medicamentos:

4. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Escuela o Guardería: _____ Grado escolar actual: _____
Estado de salud actual (*pobre, bueno, excelente*) _____
Anteriores/actuales problemas de salud/hospitalizaciones, (*fechas, lugares y razones*) y medicamentos:

Documentos Requeridos

Por favor tenga la siguiente documentación disponible para la revisión el día de la visita a su domicilio

1. Certificado de nacimiento del niño(s) en la demanda.
2. Licencia de matrimonio(s) del matrimonio actual.
3. Sentencias de divorcio o de la corte con respecto a las ordenes anteriores matrimonios / relaciones.
4. Más reciente talones de cheques (2-4), DBA o el registro de negocios, o una carta para verificar el empleo.
5. Los más recientes boletas de calificaciones del niño(s) en edad escolar.
6. Documentos de ciudadanía (tarjeta de residencia permanente o trámites de naturalización), si aplica.
7. Los certificados de defunción, si aplica.
8. Una copia de la licencia de conducir de todos los adultos que viven en el hogar.
9. Una lista de al menos cinco (5) referencias que incluye por lo menos un individuo que no sea de la familia. Por favor, asegúrese de que el nombre, ciudad y estado de residencia y número de teléfono durante el día estén incluidos (casa, celular, trabajo).

FIRMA: Yo afirmo que toda la información proporcionada en esta información de Estudio Social es verdadera, correcta y completa.

(Firma)

(Fecha)